

گزارش مورد

گزارش یک مورد آدنوکارسینوم آپاندیس در بیمارستان فاطمی اردبیل

دکتر مهدی چینی فروش^{۱*}، علی راثی پور^۲

^{۱*} - گروه علوم تشریح، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

^۲ - دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

چکیده

مقدمه: آدنوکارسینومای آپاندیس سرطانی نادر است که در جهان تعداد محدودی از آن گزارش شده است. تومور شایع در آپاندیس کارسینوئید نام دارد. البته همه تومورهای آپاندیس خطرناک نیستند. فاکتورهای بدخیمی شامل: اندازه تومور در مقیاس ۱-۲ سانتی متر، وجود غدد لنفاوی یا تجاوز تومور به بافت های مجاور آپاندیس است.

مورد: بیمار ۱۹ ساله ای که با درد شکم، سفتی در ناحیه مک بورنی در یک چهارم تحتانی راست شکم در خرداد ماه سال ۱۳۹۱ به بیمارستان فاطمی اردبیل مراجعه کرده و با تشخیص آپاندیسیت حاد مورد جراحی قرار گرفته است. با توجه به گزارش پاتولوژیست تشخیص بالینی آدنوکارسینوم می باشد. که بیمار پس از جراحی از مراجعه جهت ادامه روند درمان امتناع می ورزد.

نتیجه گیری: در بیماران آپاندیسیت حاد باید احتمال آدنوکارسینوئید آپاندیس را هم در نظر گرفت.

واژگان کلیدی: آدنوکارسینوم آپاندیس، آپاندیسیت حاد، آپاندکتومی.

مقدمه

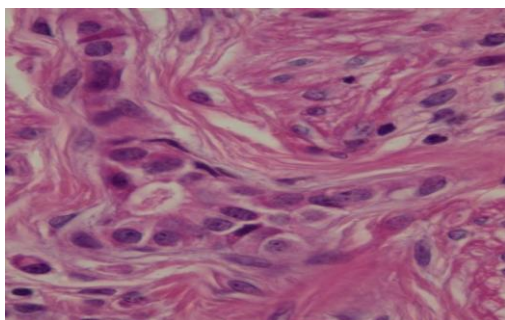
آدنوکارسینومای آپاندیس از بیماری های نادر در دستگاه گوارش می باشد به طوریکه کمتر از یک صدم تا دو صدم درصد از بدخیمی ها را تشکیل میدهد (۱). آدنوکارسینوم آپاندیس بدخیمی ابتدایی سرطان اپی تلیال آپاندیس است. اصطلاح اپی تلیال اشاره دارد به سلول هایی که اندام های توخالی و غدد و دیواره خارجی بدن را پوشش می دهند. (سلول های اپی تلیال به حفاظت و محصور کردن اندام ها کمک می کنند) انواع آدنوکارسینوم عبارتند از کارسینوم موسینوس (Mucinous)، و کارسینوم نان موسینوس (non mucinous) و نیز کارسینوم سایت سل ها (sight cell) (که هنوز مورد بحث است) است. در اغلب موارد اولین علامت این سرطان آپاندیسیت است. سرچشمه گرفتن آدنوکارسینوم از آپاندیس بسیار نادر است و از لحاظ میکروسکوپی به آدنوکارسینوم روده بزرگ شباهت دارد و به صورت آدنوکارسینوم تیپ کولونیک آپاندیس نیز اشاره می شود. این تومور از این نظر به سرطان کولون شباهت دارد که آن بیشتر به وسیله غدد لنفی و عروق گردش خون متاستاز می دهد. تومور شایع در آپاندیس کارسنوئید نام دارد. همه تومور های آپاندیس خطرناک نیستند. فاکتورهای بدخیمی شامل: اندازه ۲-۱ سانتی متری ، وجود غدد لنفاوی یا تجاوز بافت های مجاور به آپاندیس است. علایم عمده بالینی بیمار در آدنوکارسینومای آپاندیس

درد شکم و در مواردی توده قابل لمس در شکم می باشد (۲). و غالباً با تشخیص آپاندیسیت حاد تحت عمل جراحی قرار می گیرد. زیرا تشخیص کارسینوم آپاندیس قبل از جراحی و گزارش پاتولوژی بسیار مشکل است و هیچ روش قطعی و اختصاصی قبل از انجام جراحی برای آن وجود ندارد (۳). به عبارتی به علت عدم وجود معیار های تشخیص قطعی قبل از جراحی و پس از آپاندکتومی (در حین جراحی) غالباً جراحی انجام شده اولیه کافی نبوده و احتیاج به جراحی تکمیلی می باشد. برای تشخیص کارسینوم آپاندیس بر اساس مطالعات متعدد، بیماران مبتلا به سرطان آپاندیس تا ۳۰٪ موارد دچار بیماری سرطانی همزمان یا غیر همزمان در دستگاه گوارش هستند (۴).

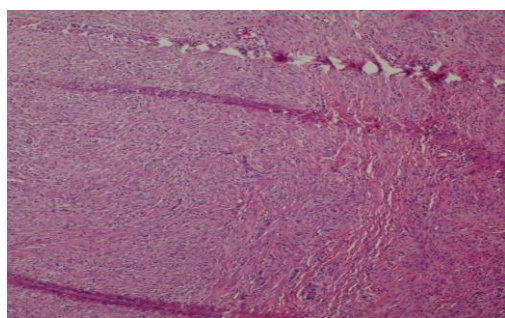
لازم به ذکر است که آدنوکارسینوم آپاندیس در مردان بیشتر از زنان دیده می شود و اکثراً در دهه پنج تا ششم زندگی رخ می دهد.

این مقاله گزارش موردی بیمار است که با تشخیص آپاندیسیت حاد تحت جراحی آپاندکتومی قرار گرفته است و گزارش پاتولوژی پس از جراحی آدنوکارسینوم آپاندیس بوده است.

مورد



شکل ۱- آدنوکارسینوم آپاندیس، سلول های دیسپلاستیک و افزایش نسبی اندازه ی هسته به سیتوپلاسم مشهود است



شکل ۲- آدنوکارسینوم آپاندیس در داخل بافت آپاندیسی

بحث

همانطور که گفته شد آدنوکارسینوم آپاندیس سرطان بسیار نادری است که در مطالعات حدود ۲۵۰ مورد بیشتر گزارش نشده است و غالباً به شکل گزارش موردی و یا گزارش بسیار محدود بوده است. سرطان آپاندیس کمتر از نیم درصد کل سرطان ها را شامل می شود (۱). و در مردان نسبت به زنان بیشتر دیده می شود، اکثراً هم در دهه های پنجم و ششم زندگی دیده می شود (۵). بیماران غالباً همراه با آپاندیسیت حاد مراجعه و تحت عمل جراحی قرار می گیرند (۶).

بیمار، مرد جوان ۱۹ ساله ای است که در خرداد ماه ۹۱ با درد حاد شکمی در ناحیه اطراف ناف و قسمت تحتانی شکم مراجعه کرده بود، که با تشخیص آپاندیسیت حاد بستری می گردد. در معاینه فیزیکی دارای تندرns در ناحیه مک بورنی بوده ، درجه حرارت بیمار ۳۷.۶ درجه و دیگر علائم حیاتی نرمال بوده در شمارش CBC تعداد گلبول سفید آن ۱۲۱۰۰ در میلی لیتر است. در آزمایش های انجام شده و در افتراق سلولی ۶۸٪ گلبول های سفید سلول های چند هسته ای بودند . آزمایش ادرار نرمال و آزمایش های بیوشیمی نیز در حد طبیعی بوده است. بیمار با تشخیص آپاندیسیت حاد به طور اورژانسی تحت عمل جراحی آپاندکتومی قرار می گیرد. در گزارش جراحی آپاندیس متورم بوده ولی چسبندگی به ارگان های مجاور نداشته و پارگی و انسداد نیز دیده نشده است. پس از خاتمه جراحی بیمار روز بعد مرخص می گردد. در نمونه ارسالی جهت پاتولوژی در بررسی ماکروسکوپی آپاندیس متورم بوده، پارگی نداشته و در بررسی میکروسکوپی دیسپلاستیک با آرایش غده ای دیده شده است که نهایتاً تشخیص بالینی آدنوکارسینوم بود (شکل ۱ و ۲).

گردد. و در مقایسه به آدنوکارسینوم دارای پیش آگهی بهتری بوده و در مراحل اولیه و اندازه کمتر از ۲ سانتی متر آپاندکتومی برای درمان آن کافی است. درمان اصلی این بیماری در مرحله اول جراحی با آپاندکتومی و در مرحله بعدی (پس از قطعی شدن تشخیص) ادامه جراحی با همی کولکتومی راست می باشد (۶). پیش آگهی این بیماری در مرحله اولیه خوب ولی در مراحل پیشرفته و متاستاتیک ناامید کننده است.

نتیجه گیری

تومورهای بدخیم ناحیه آپاندیس غالباً با تظاهرات بالینی آپاندیسیت حاد بروز نموده و به علت عدم وجود معیارهای تشخیص قطعی و مشخص قبل از جراحی و در حین جراحی، لازم است جراحان و پاتولوژیست ها در بیماران مبتلا به آپاندیسیت حاد، تومورهای بدخیم آپاندیس را نیز مد نظر داشته باشند.

در بیش از ۷۰٪ موارد بیماری قبل از گزارش پاتولوژی تشخیص داده نمی شود (۳). علایم آپاندیسیت حاد این بیماران به علت انسداد لومن آپاندیس و گسترش تومور به دیواره آپاندیس و افزوده شدن عامل عفونی به آن می باشد. و انسداد در مجاری تخلیه لنفاوی و عروقی نیز مزید بر علت است (۷). آدنوکارسینوم آپاندیس مثل سرطان ناحیه کولون تمایل بیشتری به گسترش و درگیری موضعی داشته و با جریان لنفاوی و عروقی نیز گسترش می یابد. شایع ترین محل متاستاز آن حفره شکمی می باشد که در ادامه باعث درگیری غدد لنفاوی، کبد، تخمدان ها، دیواره شکم و ریه می شود (۸). از تشخیص های افتراقی کارسینوم آپاندیس تومور کارسینوئید ناحیه آپاندیس می باشد که شایع تر از کارسینوم بوده و بیشتر در انتهای آپاندیس دیده شده و غالباً به صورت اتفاقی در جراحی آپاندیس کشف می

منابع

1. Farah-Klibi F, Kourda-Boujemaa J, Bouaskar I, Dziri C, Rachida Z, Ben Jilani-Baltagi S. Cystadenocarcinoma of the appendix: An incidental perioperative finding in a patient with adenocarcinoma of the ascending and sigmoid colon: Case report and review of literature. Pathologica. 2009;101(6):255.
2. Chang P. Adenocarcinoma of the appendix. Diseases of the Colon & Rectum. 1981;24(3):176-80.
3. Cortina R, McCormick J, Kolm P, Perry RR. Management and prognosis of adenocarcinoma of the appendix. Diseases of the colon & rectum. 1995;38(8):848-52.
4. Ito H, Osteen RT, Bleday R, Zinner MJ, Ashley SW, Whang EE. Appendiceal adenocarcinoma: long-term outcomes after surgical therapy. Diseases of the colon & rectum. 2004;47(4):474-80.

5. Ko YH, Park SH, JUNG CK, Won HS, Hong SH, Park JC, et al. Clinical characteristics and prognostic factors for primary appendiceal carcinoma. Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology. 2010;6(1):19-27.
6. Guraya SY, Almaramhy HH. Clinicopathological features and the outcome of surgical management for adenocarcinoma of the appendix. World journal of gastrointestinal surgery. 2011;3(1):7.
7. Ismet O, Arif A. Acute appendicitis with primary appendiceal adenocarcinoma. The Internet Journal of Surgery. 2004;7(1).
8. Iwuagwu O, Jameel J, Drew P, Hartley J, Monson J. Primary carcinoma of the appendix—Hull series. Digestive Surgery. 2005;22(3):163-7.